

تحمل نکردن بلا تکلیفی و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی - اجباری

تقی شاهجویی¹، دکتر مجید محمودعلیلو²، دکتر عباس بخشی پور رودسری²، دکتر علی فخاری³

Intolerance of Uncertainty and Worry among Patients with Generalized Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder

Taghi Shahjoei*, Majid Mahmood Aliloo^a, Abbas Bakhshipour Roodsari^a, Ali Fakhari^b

Abstract

Objectives: The aim of the present study was to compare intolerance of uncertainty and worry among patients with generalized anxiety disorder (GAD), obsessive-compulsive disorder (OCD) and normal individuals. **Method:** Thirty one patients with GAD, thirty one patients with OCD and thirty one normal individuals were selected via inconvenient sampling. Data gathering was done using Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) and Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). The data were analyzed in multivariate analysis of variance model (MANOVA). **Results:** The results showed significant differences in the subscales "uncertainty leads to the inability to act" and "uncertainty is stressful and upsetting", and in "worry" between three groups of GAD, OCD and normal ($p < 0.0001$). The differences between OCD and GAD groups with normal group were significant in intolerance of uncertainty and two subscales: "unexpected events are negative and person should avoid them" and "uncertainty is unfair" ($p < 0.0001$). **Conclusion:** Intolerance of uncertainty is a common feature of OCD and GAD. Coping strategies for decreasing uncertainty differentiate these two disorders.

Key words: generalized anxiety disorder; obsessive-compulsive disorder; intolerance of uncertainty; worry

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه مؤلفه‌های شناختی تحمل نکردن بلا تکلیفی و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی - اجباری و افراد سالم بود. **روش:** از سه گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری و افراد سالم، هریک 31 نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها مقیاس تحمل نکردن بلا تکلیفی (IUS) و پرسش‌نامه نگرانی ایالت پن (PSWQ) به کار رفت. داده‌ها به روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تحلیل شدند. **یافته‌ها:** در دو خرده‌مقیاس «تصور نااطمینانی به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود» و «نااطمینانی پریشان کننده و آشفته کننده است»، هم‌چنین از نظر نگرانی آسیب‌شناختی میان سه گروه تفاوت وجود داشت ($p < 0/0001$). در نمره کل تحمل نکردن بلا تکلیفی و دو خرده‌مقیاس «وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها دوری کرد» و «وجود نااطمینانی غیرمنصفانه است» تفاوت هر یک از دو گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواسی - اجباری با گروه گواه معنادار بود ($p < 0/0001$). **نتیجه‌گیری:** تحمل نکردن بلا تکلیفی یک ویژگی مشترک اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی - اجباری است و آنچه که باعث تمایز دو اختلال می‌شود، راهبردهای مقابله‌ای به کاررفته برای کاهش بلا تکلیفی است.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر؛ اختلال وسواسی - اجباری؛ تحمل نکردن بلا تکلیفی؛ نگرانی

[Received: 29 June 2010; Accepted: 20 September 2010]

[دریافت مقاله: 1389/4/8؛ پذیرش مقاله: 1389/6/29]

¹ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، سمنان، مؤمن آباد، بلوار علم و صنعت، خیابان شهید بهشتی، پلاک 14. دورنگار: 02324562250 (نویسنده مسئول)
E-mail: shahjoei_dave63@yahoo.com²؛ دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه تبریز³ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

* Corresponding author: MA. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran, IR. Fax: +98232-456225. E-mail: Shahjoei_dave63@yahoo.com; ^a PhD. in Clinical Psychology, Associate Prof. of Tabriz University; ^b Psychiatrist, Associate Prof. of Tabriz University of Medical Sciences.

مقدمه

اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی هستند (کسلر¹، برگلوند²، دیملر³، جیم⁴ و والترز⁵، 2005). اختلال اضطراب فراگیر⁶ (GAD) در چهارمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی⁷ (DSM-IV-TR) (انجمن روانپزشکی آمریکا⁸، 2000) به صورت اضطراب و نگرانی⁹ شدید درباره چند رویداد یا فعالیت تعریف شده است که در بیشتر روزها در مدت دست کم شش ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با نشانه‌های جسمی مانند تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است. اختلال وسواسی-اجباری¹⁰ (OCD) نیز با وسواس‌ها و اجبارهای تکرارشونده‌ای تعریف می‌شود که در کارکرد روزمره و فعالیت‌های اجتماعی معمول تداخل قابل ملاحظه ایجاد می‌کند (کلارک¹¹، 2004). وسواس‌ها عبارتند از باورها، افکار، تکان‌ها یا تصاویر سمجی که به دلیل ناهمخوانی، اضطراب و پریشانی چشم‌گیری ایجاد می‌کنند. اجبارها نیز رفتارهای تکرارشونده یا اعمال ذهنی هستند که با هدف جلوگیری یا کاهش اضطراب و پریشانی انجام می‌شوند (بارلو¹²، 2008).

علت‌شناسی اختلال‌های اضطرابی در دهه‌های اخیر نشان داده است تمامی اختلال‌های اضطرابی دارای دو مؤلفه عمومی و اختصاصی (بران¹³ و بارلو، 2002؛ مینیکا¹⁴، واتسون¹⁵ و کلارک، 1998) و سطوحی از هیجان‌پذیری منفی یا روان‌رنجورخویی¹⁶ هستند (همان‌جا). از سوی دیگر، عوامل شناختی خاص، مسئول گسترش اختلال‌های اضطرابی خاص هستند؛ برای نمونه می‌توان به حساسیت اضطرابی در اختلال هراس¹⁷، ترس از ارزیابی منفی در ترس مرضی¹⁸ اجتماعی و مسئولیت‌پذیری بیش‌ازحد، تحمل نکردن بلا تکلیفی¹⁹ و نگرانی در OCD و GAD اشاره کرد (استارسویک²⁰ و بیرلی²¹، 2006). تحمل نکردن بلا تکلیفی به این صورت تعریف شده است: «سوگیری شناختی که ادراک‌ها، تفسیرها و واکنش‌های فرد را در موقعیت‌های نامطمئن، در سطوح شناختی، هیجانی و رفتاری تغییر می‌دهد» (داگاس²²، باهر²³ و لاداسر²⁴، 2004). فریستون²⁵، رهیم²⁶، لیتارت²⁷، داگاس و لاداسر (1994) مقیاس تحمل نکردن بلا تکلیفی²⁸ (IUS) را برای سنجش این سازه، و پس از آن باهر و داگاس (2002) نسخه انگلیسی آن را تنظیم کردند. نااطمینانی افراد نابردبار در برابر بلا تکلیفی، ناشی از کاهش آستانه در موارد مبهم،

واکنش قوی به ابهام و انتظار پیامدهای تهدیدکننده از موقعیت‌های مبهم است. نابردباری در برابر ابهام به رفتارهای کژکار می‌انجامد (مانند جست‌وجوی بیش‌ازحد شواهد برای افزایش اطمینان) و این رفتارها به تداخل در کارآمدی حل مسئله منجر می‌شود (دوپی²⁹ و لاداسر، 2008). این افراد درباره حوادث آینده دیدی منفی و نگران دارند و بر این باورند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن دوری کرد. هم‌چنین آنها در موقعیت‌های مبهم در عملکردشان مشکل دارند (باهر و داگاس، 2002).

الگوی تحمل نکردن بلا تکلیفی که به وسیله داگاس، باهر و لاداسر (2004) توسعه یافته است، نشان می‌دهد افراد مضطرب، موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشارآور و آشفتگی‌کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. به باور این افراد، نگرانی برای مقابله کارآمد با موقعیت‌های ترس‌آور و یا جلوگیری از وقوع این حوادث به آنها کمک می‌کند (برکویک³⁰ و رومر³¹، 1995). این الگو چهار عامل را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند: تحمل پایین در موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت درباره نگرانی³²، اجتناب شناختی³³ و جهت‌گیری منفی به مشکل³⁴. به بیان دیگر تفاوت افراد مضطرب و سالم به میزان پذیرش آنها نسبت به موقعیت‌های مبهم در زندگی واقعی و میزان تحمل این موقعیت‌ها برمی‌گردد؛ پیش‌بینی می‌شود افراد مضطرب

- | | |
|---|-----------------|
| 1- Kessler | 2- Berglund |
| 3- Demler | 4- Jin |
| 5- Walters | |
| 6- Generalized Anxiety Disorder | |
| 7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition- Text Revision | |
| 8- American Psychiatric Association | |
| 9- worry | |
| 10- Obsessive-Compulsive Disorder | |
| 11- Clark | 12- Barlow |
| 13- Brown | 14- Mineka |
| 15- Watson | 16- neuroticism |
| 17- panic | 18- phobia |
| 19- intolerance of uncertainty | 20- Starcevic |
| 21- Berle | 22- Dugas |
| 23- Buhr | 24- Ladouceur |
| 25- Freeston | 26- Rheaume |
| 27- Letart | |
| 28- Intolerance of Uncertainty Scale | |
| 29- Dupuy | 30- Borkovec |
| 31- Roemer | |
| 32- positive beliefs about worry | |
| 33- cognitive avoidance | |
| 34- negative problem orientation | |

موقعیت‌های منفی و مبهم احتمالی را غیر قابل قبول دانسته، از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطح بلا تکلیفی خود بهره می‌برند (دوبی و لاداسر، 2008). به باور کروهن¹ (1993) تحميل نکردن بلا تکلیفی درباره حوادث منفی به رفتارهایی از جمله نگرانی، وسواس‌های فکری، اجبارها و گوش‌به‌زنگی، به عنوان سازوکارهای اجتناب یا کنترل، می‌انجامد. به باور داگاس، باهر و لاداسر (2004) نیز تحميل نکردن بلا تکلیفی بهترین پیش‌بین نگرانی و GAD در جمعیت بالینی و غیر بالینی است (به نقل از جونگ میر²، بک³ و رید⁴، 2009).

الگوهای مفهومی OCD، به طور مشابه، نقش تحميل نکردن بلا تکلیفی را برجسته کرده است؛ نیاز افراطی به یقین و تجربه پریشانی در صورت به دست نیامدن یقین. یافته‌های تجربی، نقش تحميل نکردن بلا تکلیفی را در OCD کمتر بررسی کرده است، ولی واکتینز⁵، مولدز⁶ و مکینتاش⁷ (2005) بر این باورند که تحميل نکردن بلا تکلیفی می‌تواند سازه مرکزی در شماری از اختلال‌های اضطرابی باشد. کومر⁸، کندال⁹، فرانکلین¹⁰، هودسون¹¹ و پیمنتل¹² (2004) نیز نشان دادند OCD (مانند GAD) با سطوح بالایی از تحميل نکردن بلا تکلیفی همراه است.

از دیگر عوامل مؤثر در اختلال‌های اضطرابی، سازه شناختی نگرانی است. نگرانی فرآیندی شناختی است که با افکار مداوم و تکراری در مورد دلواپسی‌های شخصی از یک سو و مشکل در پایان دادن به این زنجیره افکار، از سوی دیگر، اشاره دارد. به بیان دیگر، نگرانی موجب ادامه یافتن نگرانی است، که به طور برجسته ماهیت کلامی و انتزاعی داشته، با شک و تردید همراه است (جونگ میر و همکاران، 2009). بر کوویک، راینسون¹³، پروزینسکی¹⁴ و دی‌پری¹⁵ (1983) نگرانی را «زنجیره‌ای از افکار و تصوراتی انباشته از عاطفه منفی و نسبتاً کنترل‌ناپذیر» تعریف می‌کنند، که در حقیقت تلاشی است برای حل مسأله روانی در مورد موضوعی که پیامدش نامعلوم، اما منفی است. به باور بر کوویک، رای¹⁶ و استوبر¹⁷ (1998) نگرانی به دو دسته تقسیم می‌شود: نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب‌شناختی (به نقل از کوین¹⁸، اویمت¹⁹، سیدز²⁰ و دوزویس²¹، 2008). نگرانی آسیب‌شناختی بر مبنای فراوانی، شدت و مدت نگرانی، توانایی در کنترل آن و تداخل در کارکرد افراد، از نگرانی بهنجار متمایز می‌شود (ریق²² و ساندرسون²³، 2004). به بیان دیگر، هنگامی نگرانی جنبه آسیب‌شناختی به خود می‌گیرد که مزمن، افراطی و

کنترل‌ناپذیر باشد و به از بین رفتن لذت زندگی فرد منجر شود (کوین و همکاران، 2008). افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، به ویژه GAD، تمایل زیادی به ناچیز شماری معایب نگرانی دارند؛ آنها بر این باورند که نگرانی، هدف‌های سازنده‌ای مانند پیش‌گیری از پیشامد اتفاق‌های بد دارد. بارلو (2002) بر این باور است که کارکرد اصلی نگرانی، آماده‌شدن برای مقابله با تهدیدهای آینده است. سرانجام شماری از بررسی‌ها نیز ویژگی اصلی نگرانی را کنترل‌ناپذیری آن می‌دانند (بر کوویک و همکاران، 1991، به نقل از کلارک و فیربام²⁴، 2006).

در مقایسه میزان نگرانی افراد مبتلا به GAD و سایر اختلال‌های اضطرابی، چلمینسکی²⁵ و زیمرمن²⁶ (2003) نشان دادند بیماران مبتلا به GAD نسبت به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، هراس، ترس مرضی خاص و اختلال استرس پس از آسیب²⁷ (PTSD)، سطوح بالاتری از نگرانی آسیب‌شناختی نشان دادند. در بررسی دیگر گلادسون²⁸ و همکاران (2005) نشان دادند در شدت نگرانی آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی²⁹ و OCD تفاوتی دیده نمی‌شود. موهلمن³⁰ (2004) نیز تفاوت معناداری در نگرانی بیماران مبتلا به GAD و هراس نیافت.

با توجه به دلالت‌های نظری و پژوهشی یادشده، هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های شناختی نگرانی و تحميل نکردن بلا تکلیفی در افراد مبتلا به GAD، OCD و افراد سالم بود.

روش

جامعه آماری پژوهش علی - مقایسه‌ای³¹ حاضر را تمامی افراد مبتلا به GAD، OCD و افراد عادی شهر تبریز تشکیل

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| 1- Krohne | 2- Jong-Meyer |
| 3- Beck | 4- Riede |
| 5- Watkins | 6- Moulds |
| 7- Mackintosh | 8- Comer |
| 9- Kendall | 10- Franklin |
| 11- Hudson | 12- Pimentel |
| 13- Robinson | 14- Pruzinsky |
| 15- DePree | 16- Ray |
| 17- Stober | 18- Covin |
| 19- Ouimet | 20- Seeds |
| 21- Dozois | 22- Rygh |
| 23- Sanderson | 24- Fairburn |
| 25- Chelminski | 26- Zimmerman |
| 27- Post-traumatic Stress Disorder | |
| 28- Gladstone | 29- Major Depressive Disorder |
| 30- Mohlman | 31- causal comparative |

نگرانی و به‌دست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیر نگرانی آسیب‌شناختی تدوین شده است، که روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از یک (به‌هیچ‌وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شود. آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی 10-2 هفته‌ای به ترتیب 0/86-0/93 و 0/74-0/93 گزارش شده است. در ایران، شیرین‌زاده دستگردی، گودرزی، غنی‌زاده و نقوی (2008) پایایی آزمون را به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی چهار هفته‌ای به ترتیب 0/86 و 0/77 گزارش کردند.

داده‌ها با کمک SPSS-13⁵ و به روش تحلیل واریانس چند متغیره⁶ (MANOVA) تحلیل شدند.

یافته‌ها

در هر گروه 8 نفر مرد و 23 نفر زن بودند. میزان تحصیل راهنمایی، دیپلم، فوق‌دیپلم، کارشناسی و کارشناسی‌ارشد در گروه GAD به ترتیب در 4، 12، 5، 9 و 1 نفر، در گروه OCD به ترتیب در 6، 12، 4، 8 و 1 نفر و در گروه گواه به ترتیب در 4، 12، 6، 8 و 1 نفر گزارش شد. در گروه‌های GAD، OCD و گواه به ترتیب شمار افراد مجرد 7، 11 و 11 نفر و شمار افراد متأهل 24، 20 و 20 نفر بود. شمار افراد در گروه‌های سنی 30-20، 40-31، 50-41 و 60-51 به ترتیب در گروه GAD 16، 8، 6 و 1 نفر، در گروه OCD 17، 10، 4 و صفر نفر و در گروه گواه 17، 7، 6 و 1 نفر بود.

میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های تحمل‌نکردن بلا تکلیفی، «تصور نااطمینانی به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود»، «نااطمینانی پریشان‌کننده و آشفته‌کننده است»، «وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها دوری کرد»، «وجود نااطمینانی غیرمنصفانه است» و نگرانی آسیب‌شناختی به ترتیب در گروه GAD 95/93 (8/16)، 35/80 (5/32)، 48/61 (10/35)، 26/09 (5/19)، 17/09 (2/52) و 67/29 (7/80)، در گروه OCD 99/93 (14/05)، 40/12 (8/03)، 41/83 (8/09)، 27/32 (5/72)، 18/45 (3/49) و 61/16 (10/68) و در گروه گواه 67/83 (16/97)، 22/96 (6/87)، 30/87 (9/02)، 17/19 (4/40)، 12/38 (3/53) و 39/87 (12/44) بود.

داد. نمونه به‌صورت در دسترس از افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه بزرگمهر انتخاب شد؛ 31 فرد مبتلا به GAD (8 مرد و 23 زن) و 31 فرد مبتلا به OCD (8 مرد و 23 زن). 31 نفر (8 مرد و 23 زن) گروه گواه نیز از همراهان افراد مراجعه‌کننده، دانشجویان و کارکنان دانشگاه تبریز انتخاب شدند. پس از توضیح هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها، برای جلب همکاری و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش، به آنها گفته شد که نتایج فردی در پرونده آنها پیوست خواهد شد. معیارهای ورود افراد مبتلا به GAD و OCD عبارت بود از توانایی خواندن و نوشتن، سابقه بستری در بیمارستان نداشتن، مراجعه‌نکردن پیشین برای درمان و نداشتن اختلال همایند. معیار ورود آزمودنی‌های سالم نیز نداشتن سابقه اختلال‌های روانپزشکی/روانشناختی در گذشته و حال بود. آزمودنی‌ها از نظر جنسیت، سن، میزان تحصیل و وضعیت تأهل هم‌تاسازی شدند. روش اجرا بدین صورت بود که آزمودنی‌هایی که با کمک مصاحبه تشخیصی و به‌وسیله روانپزشک یا روانشناس مبتلا به GAD یا OCD تشخیص داده می‌شدند، به پژوهشگر ارجاع می‌شدند. برای جلوگیری از اثر تقدم و تأخر، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت تصادفی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: دربرگیرنده جنسیت، سن، میزان تحصیل، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و سابقه بستری.

مقیاس تحمل‌نکردن بلا تکلیفی (IUS) (فریستون و همکاران، 1994) که برای سنجش میزان تحمل افراد در موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی تدوین شده است. 27 گویه این مقیاس در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از یک (به‌هیچ‌وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شوند. IUS چهار خرده‌مقیاس دارد که به‌وسیله باهر و داگاس (2002) مشخص شده‌اند: 1) تصور نااطمینانی به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود، 2) نااطمینانی پریشان‌کننده و آشفته‌کننده است، 3) وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها دوری کرد و 4) وجود نااطمینانی غیرمنصفانه است. باهر و داگاس (2002) ضریب آلفای کرونباخ¹ و ضریب پایایی بازآزمایی² با فاصله پنج هفته را به ترتیب 0/94 و 0/78 گزارش کردند.

پرسش‌نامه نگرانی ایالت پن³ (PSWQ) (مولینا⁴ و برکوویک، 1994) 16 گویه‌ای است و برای ارزیابی خصیصه

1- Cronbach's α 2- test-retest reliability
3- Penn State Worry Questionnaire
4- Molina
5- Statistical Package for the Social Science- version 13
6- Multivariate Analysis Of Variance

در دو خرده‌مقیاس «تصور نااطمینانی به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود» و «نااطمینانی پریشان‌کننده و آشفته‌کننده است»، هم‌چنین از نظر نگرانی آسیب‌شناختی میان سه گروه تفاوت وجود داشت. در نمره کل تحميل نکردن بلاتکلیفی و دو خرده‌مقیاس «وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها دوری کرد» و «وجود نااطمینانی غیرمنصفانه است» تفاوت هر یک از دو گروه مبتلا به GAD و OCD با گروه گواه معنادار بود.

کاربرد تحلیل واریانس چندمتغیره میان سه گروه تفاوت معنادار نشان داد ($F=737/67$, $df=6$, $p\leq 0/0001$). هم‌چنین یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیره برحسب عضویت گروهی (جدول 1) نیز میان سه گروه در تمامی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معنادار نشان داد. بنابراین فرضیه کلی پژوهش مبنی بر تفاوت سه گروه در متغیرهای مورد بررسی تأیید شد. برای بررسی تفاوت دوبه‌دوی گروه‌ها با یکدیگر روش کمترین تفاوت معنادار¹ (LSD) به کار رفت (جدول 2)؛

جدول 1- تحلیل واریانس چندمتغیره بر حسب عضویت گروهی

متغیر وابسته	df	F	سطح معناداری
تحميل نکردن بلاتکلیفی	2	51/50	0/0001
تصور نااطمینانی به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود	2	52/88	0/0001
نااطمینانی پریشان‌کننده و آشفته‌کننده است	2	29/31	0/0001
وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها دوری کرد	2	35/94	0/0001
وجود نااطمینانی غیرمنصفانه است	2	30/34	0/0001
نگرانی آسیب‌شناختی	2	58/37	0/0001

جدول 2- آزمون تعقیبی LSD* درباره متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
تحميل نکردن بلاتکلیفی	GAD-OCD	4/00	3/44	0/249
	گواه-OCD	32/09	3/44	0/0001
	گواه-GAD	28/09	3/44	0/0001
تصور نااطمینانی به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود	GAD-OCD	4/32	1/73	0/015
	گواه-OCD	17/16	1/73	0/0001
	گواه-GAD	12/83	1/73	0/0001
نااطمینانی پریشان‌کننده و آشفته‌کننده است	GAD-OCD	6/77	2/33	0/005
	گواه-OCD	17/74	2/33	0/0001
	گواه-GAD	10/96	2/33	0/0001
وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها دوری کرد	GAD-OCD	1/22	1/30	0/350
	گواه-OCD	10/12	1/30	0/0001
	گواه-GAD	8/90	1/30	0/0001
وجود نااطمینانی غیرمنصفانه است	GAD-OCD	1/35	0/817	0/101
	گواه-OCD	6/06	0/817	0/0001
	گواه-GAD	4/70	0/817	0/0001
نگرانی آسیب‌شناختی	GAD-OCD	6/12	2/66	0/024
	گواه-OCD	27/41	2/66	0/0001
	گواه-GAD	21/29	2/66	0/0001

*Least Significant Differences

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های شناختی تحمل‌نکردن بلا تکلیفی و نگرانی در افراد مبتلا به GAD، OCD و افراد سالم بود. یافته‌ها نشان داد در دو خرده‌مقیاس «تصور نااطمینانی به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود» و «نااطمینانی پریشان‌کننده و آشفته‌کننده است»، هم‌چنین نگرانی آسیب‌شناختی، میان سه گروه تفاوت وجود داشت. در نمره کل تحمل‌نکردن بلا تکلیفی و دو خرده‌مقیاس «وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها دوری کرد» و «وجود نااطمینانی غیرمنصفانه است» نیز تفاوت هر یک از دو گروه مبتلا به GAD و OCD با گروه گواه معنادار بود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند میان تحمل‌نکردن بلا تکلیفی و GAD (داگاس، گسلین¹ و لاداسر، 2001؛ لاداسر و همکاران، 1999؛ سکستون²، نورتون³، والکر⁴ و نورتون، 2003)، هم‌چنین میان نگرانی آسیب‌شناختی و OCD (استکتی⁵، فراست⁶ و کوهن⁷، 1998؛ تولین⁸، آبرامویچ⁹، بریجیدی¹⁰ و فوآ¹¹، 2003) رابطه وجود دارد. یافته‌ها نشان داده‌اند تحمل‌نکردن بلا تکلیفی ویژه یک اختلال نیست، به بیان دیگر به هر دو اختلال اضطراب فراگیر و OCD مرتبط است (داگاس، اسوارت¹² و فرانسس¹³، 2004). این موضوع با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ است. شک و تردید و رفتارهای واری در افراد مبتلا به OCD بیشترین ارتباط را با مقیاس تحمل‌نکردن بلا تکلیفی دارد؛ رید¹⁴ (1985) نشان داد شک و تردید در تجربه‌ها و اعمال یک فرد به‌طور مستقیم با نااطمینانی یک موقعیت مبهم در ارتباط است. تولین و همکاران (2003) نیز نشان دادند افراد مبتلا به OCD با رفتارهای واری نسبت به افراد بدون این رفتارها، سطح بالاتری از تحمل‌نکردن بلا تکلیفی را گزارش می‌کنند. به بیان دیگر شک و تردید موجب ناپردباری بیشتر در برابر بلا تکلیفی می‌شود و رفتارهای واری تلاشی برای کاهش نااطمینانی و پریشانی‌های مرتبط است (هولاوای¹⁵، هیمبرگ¹⁶ و کولز¹⁷، 2006). این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر، مبنی بر این که افراد مبتلا به OCD در موقعیت‌های مبهم، توانایی کمتری برای عمل کردن دارند، هم‌سو است.

تحمل‌نکردن بلا تکلیفی زنجیره‌ای از نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و اجتناب شناختی را، که مؤلفه‌های اساسی دخیل در GAD هستند، به‌وجود می‌آورد. از این رو افرادی

که نمی‌توانند بلا تکلیفی را تحمل کنند، مستعد تجربه سطح بالای نگرانی هستند (داگاس، اسوارت و فرانسس، 2004). به بیان دیگر افراد مبتلا به GAD استعداد بالایی در ادراک موقعیت‌های منفی دارند. این افراد می‌پذیرند که در آینده وقایع منفی رخ می‌دهد، بنابراین در موقعیت‌هایی که امور مربوط به آینده نامعلوم و مبهم هستند، نگرانی را به عنوان روشی برای حل مشکل به کار می‌برند. گرایش افراد مبتلا به GAD به تهدیدآمیز دانستن داده‌های مبهم، همسان با این نظر است که آنها نمی‌توانند بلا تکلیفی را تحمل کنند. به بیان دیگر، تحمل‌نکردن بلا تکلیفی بهترین عامل در تبیین سوگیری افراد مبتلا به GAD برای تهدیدآمیز دانستن وقایعی است که در آینده روی می‌دهد (داگاس و رایبیچاد¹⁸، 2007). لاداسر و همکاران (1999) نشان دادند تحمل‌نکردن بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی نسبت به گروه گواه با شدت بیشتری تجربه می‌شود. دیگر یافته‌ها نشان داده است تحمل‌نکردن بلا تکلیفی سهم خاصی در پیش‌بینی نمره نگرانی و GAD دارد (داگاس و رایبیچاد، 2007؛ موگ¹⁹، برادلی²⁰، میلر²¹ و پوتس²²، 1994؛ داگاس و کورنر²³، 2005).

پژوهش حاضر نشان داد میان افراد مبتلا به GAD، OCD و افراد سالم از نظر شدت نگرانی آسیب‌شناختی تفاوت وجود دارد، به‌طوری که افراد مبتلا به GAD نسبت به افراد مبتلا به OCD و افراد سالم نگرانی شدیدتری را تجربه می‌کنند. دیگر بررسی‌ها نیز نشان داده است فراوانی و شدت نگرانی در افراد مبتلا به GAD نسبت به سایر اختلال‌های اضطرابی، اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم بیشتر است (چلمینسکی و زیمرمن، 2003؛ بکر²⁴، گادوین²⁵، هولتینگ²⁶، هویر²⁷ و مارگراف²⁸، 2003؛ گلداسون و همکاران، 2005؛ فریسکو²⁹، مینین³⁰، هیمبرگ و ترک³¹، 2003؛ هویر، بیکر³² و روث³³،

- | | |
|---------------|---------------|
| 1- Gosselin | 2- Sexton |
| 3- Norton | 4- Walker |
| 5- Steketee | 6- Frost |
| 7- Cohen | 8- Tolin |
| 9- Abramowitz | 10- Brigidi |
| 11- Foa | 12- Schwarz |
| 13- Francis | 14- Reed |
| 15- Holaway | 16- Heimberg |
| 17- Coles | 18- Robichaud |
| 19- Mogg | 20- Bradley |
| 21- Miller | 22- Potts |
| 23- Koerner | 24- Becker |
| 25- Goodwin | 26- Holting |
| 27- Hoyer | 28- Margraf |
| 29- Fresco | 30- Mennin |
| 31- Turk | 32- Becker |
| 33- Roth | |

منابع

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4thed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4thed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nded.). New York: Guilford Press.
- Becker, E. S., Goodwin, R., Holting, C., Hoyer, J., & Margraf, J. (2003). Content of worry in the community: What do people with generalized anxiety disorder or other disorders worry about? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 688-691.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. In: D. H. Barlow (Ed.). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nded.). New York: Guilford Press.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Anxiety Disorder*, 20, 222-236.
- Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2003). Pathological worry in depressed and anxious patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 533-546.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (2006). *Cognitive behaviour therapy: Science and practice* (Translated by hossein kaviani), Tehran: Mehr Kavian. (Persian)
- Comer, J. S., Kendall, P. C., Franklin, M. E., Hudson, J. L. & Pimentel, S. S. (2004). Obsessing/worrying about the overlap between obsessive-compulsive disorder and
- 2001). ادبیات پژوهش نشان می دهد افراد مبتلا به GAD پنج باور نادرست درباره نگرانی دارند: 1) نگرانی در یافتن راه حل مشکل ها مفید است، 2) نگرانی انگیزه انجام کارها را افزایش می دهد، 3) نگرانی از تجربه هیجان های ناخوشایند در موقعیت های منفی جلوگیری می کند، 4) نگرانی می تواند از وقوع اتفاق های بد جلوگیری کند و 5) نگرانی نشان گر مسئولیت پذیری و مراقبت کنندگی فرد است. یافته های پژوهشی نشان داده است میان باورهای مثبت نادرست درباره نگرانی و تمایل به نگرانی در افراد مبتلا به GAD همبستگی مثبت وجود دارد (دویی و لاداسر، 2008)، نگرش مثبت به نگرانی موجب تقویت و ادامه نگرانی می شود (فریستون و همکاران، 1994) و هنگامی که که یک موقعیت مشکل زا رخ می دهد، افراد مبتلا به GAD کمتر بر راهبردهای حل مسأله تمرکز کرده، ارزیابی تهدید آمیز و خطرناک از موقعیت منجر به گسترش و تداوم نگرانی در آنها می شود (داگاس و کورنر، 2005).
- با توجه به یافته های پژوهش حاضر و ادبیات پژوهشی به نظر می رسد تحميل نکردن بلا تکلیفی ویژگی اساسی تری در افراد مبتلا به GAD است، اگرچه در دو دهه گذشته نگرانی به عنوان ویژگی شناختی اصلی GAD شناخته شده بود. به نظر می رسد نگرانی پیامد تحميل نکردن بلا تکلیفی است و از نگرانی به عنوان راهکاری برای مقابله با تحميل نکردن بلا تکلیفی بهره گرفته می شود. این ویژگی شناختی تحميل نکردن بلا تکلیفی، در OCD به وسیله اعمال تشریفاتی و آیین های اجباری کنترل می شود. پس می توان از تحميل نکردن بلا تکلیفی به عنوان ویژگی مشترک GAD و OCD نام برد. عاملی که موجب تمایز این دو اختلال می شود، راهبردهای مقابله ای برای کاهش بلا تکلیفی است.
- شمار کم نمونه، نبود امکان نمونه گیری تصادفی و کاربرد مقیاس های خود گزارشی از محدودیت های پژوهش حاضر بود. برای پژوهش های آتی پیشنهاد می شود نقش متغیرهایی مانند سابقه خانوادگی و جنسیت نیز بررسی شده، این امر در مورد سایر اختلال های اضطرابی و خلقی نیز انجام شود.
- [این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی نویسنده اول است].
- [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

- generalized anxiety disorder in youth. *Clinical Psychology Review*, 24, 663-683.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108-116.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-68.
- Dugas, M. J., Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 835-842.
- Dupuy, J. B., & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in co-morbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 505-514.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2003). Using the Penn state worry questionnaire to identify individuals with generalized anxiety disorder: A receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 283-291.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letart, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K. A., & Austin, M. P. (2005). A brief measure of worry severity (BMWS): Personality and clinical correlates of severe worriers. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 877-892.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Hoyer, J., Becker, E. S., & Roth, W. T. (2001). Characteristics of worry in GAD patients, social phobic, and controls. *Depression and Anxiety*, 13, 89-96.
- Jong-Meyer, R. D., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and meta-cognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46, 547-551.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In: H. W. Krohne (Ed.). *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rheaume, J., Blais, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Boisvert, J. M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Miller, T., & Potts, H. (1994). Interpretation of homophones related to threat: Anxiety or response bias effects? *Cognitive Therapy and Research*, 18, 461-477.
- Mohlman, J., de Jesus, M., Gorenstein, E. E., Kleber, M., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (2004). Distinguishing generalized anxiety disorder, panic disorder, and mixed anxiety states in older treatment-seeking adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 275-290.
- Molina, S., & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In: G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.). *Worrying: Perspective on theory assessment and treatment*. Oxford, England: John Wiley and Sons.
- Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behavior*. Orlando, FL: Academic Press.

- Rygh, J. L., & Anderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based, tools and techniques*. New York: Guilford Press.
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 82-94.
- Shirinzadeh Dastgiri, S., Gudarzi, M. A., Ghanizadeh, A., & Naghavi, S. M. R. (2008). Comparison of meta-cognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14, 46-55. (Persian)
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23, 51-61.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- Watkins, E., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1577-1585.